

Caso clínico

Síndrome de PPUPE: Pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo

Angélica Villanueva Otamendi,* Isabel Cristina Sánchez Yarzagaray,** Siqui Lin***

RESUMEN

El síndrome de pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo (PPUPE) constituye la dermatosis más frecuente que se desarrolla durante esta etapa de la vida. Por lo general, afecta a primigestas en el tercer trimestre. Se manifiesta principalmente por la presencia de placas urticarianas en el abdomen y los muslos. En este artículo comunicamos el caso de una mujer de 28 años y realizamos una breve revisión de la literatura.

Palabras clave: Síndrome de pápulas y placas urticariformes del embarazo, primigesta, tercer trimestre del embarazo.

ABSTRACT

Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PUPPP) is the most common dermatoses that occurs during pregnancy. It most frequently affects primigravidas in their third trimester. It manifests mainly by the presence of urticarial plaques on the abdomen and thighs. In this article we report the case of a 28- year-old woman and present a brief review of the literature.

Key words: *Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy, primigravida, third-trimester pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

Las dermatosis pruriginosas específicas del embarazo representan un grupo heterogéneo de enfermedades cutáneas que afectan al 20% de las mujeres embarazadas. Pueden, incluso, llegar a ser tan graves que afecten la supervivencia del feto.¹

Recientemente han sido reclasificadas, agregando a las ya existentes las siguientes patologías: colestasis intrahepática y erupción atópica del embarazo.

Las características clínicas particulares, como la morfología y topografía de las lesiones en la piel, así como la semana de gestación en la que aparecen, son esenciales para realizar un diagnóstico oportuno, ya que en el caso de las placas y pápulas pruriginosas del

embarazo y en la erupción atópica no se afecta el feto; por el contrario, el penfigoide gestacional y la colestasis intrahepática están asociados con sufrimiento fetal, premurez, bajo peso al nacer y muerte fetal.²

Las mujeres sufren muchos cambios fisiológicos durante el embarazo. Algunos de ellos se manifiestan en la piel y son relativamente frecuentes, como el hirsutismo generalizado, la línea negra abdominal, la areola secundaria, los angiomas y el melasma.³

El síndrome de pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo (PPUPE) constituye la dermatosis más frecuente del embarazo. Por lo general, afecta a primigestas en el tercer trimestre de la gestación y, como su nombre lo indica, se manifiesta principalmente por la presencia de pápulas eritematosas, placas urticarianas y, con menor frecuencia, lesiones eccematosas, vesículas o lesiones en tiro al blanco, por lo cual es frecuente confundirla con otras dermatosis.⁴

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del PPUPE varía entre uno en 160 y uno en 300 embarazos (0.6%). La mayoría de los casos se encuentran registrados en primigestas (42%) durante

* Dermatóloga.

** Residente de segundo año.

*** Residente de primer año.

el tercer trimestre de la gestación, entre las semanas 35 y 39 de la misma (79%) o inmediatamente después del parto (15%).¹

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de esta entidad no ha sido aún completamente entendida. Las principales teorías propuestas sugieren que se debe a la distensión abdominal o a factores hormonales y/o inmunológicos.

La más aceptada en la actualidad es la primera. Esto se debe, aparentemente, a la generación de anticuerpos específicos contra productos liberados por la elongación del colágeno, ya que se observan las lesiones inicialmente sobre las estrías de distensión.⁵

Otras teorías menos claras mencionan la presencia de anticuerpos contra los productos paternos de la gestación, como el trofoblasto. Esto se apoya en el hecho de no observar repetición del cuadro en embarazos subsecuentes o por la aparición de recurrencias cuando la madre cambia de pareja.⁶

CUADRO CLÍNICO

Característicamente, el PPUPE se manifiesta con pápulas urticarianas que confluyen formando placas eritematosas que aparecen inicialmente en la región abdominal, con mucha frecuencia sobre las estrías, respetando el área periumbilical, para luego diseminarse a las extremidades superiores, los glúteos y el tercio proximal de los muslos, respetando la cara, las palmas y las plantas. Aproximadamente en un 50% de las veces, las lesiones se desarrollan como microvesículas que recubren las estrías distendidas.⁶

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de PPUPE se basa en las características de topografía y morfología del padecimiento. La presentación característica en una paciente en buenas condiciones generales, con exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales, permite hacer el diagnóstico.

La biopsia, en caso de realizarse, muestra una epidermis con espongiosis focal y paraqueratosis, y una dermis edematosa con infiltrado perivascular linfohistiocitario con escasos eosinófilos. La inmunofluorescencia indirecta es negativa.⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse tanto con dermatosis propias de la gestación como con otras dermatosis.

Dentro de las primeras, la principal es el pénfigo gestacional, el cual característicamente compromete la zona umbilical y, además, cursa con ampollas. La inmunofluorescencia indirecta es positiva, con depósitos de C3.

En la colestasis intrahepática, las pruebas de función hepática se encuentran alteradas. Además, la paciente presenta exclusivamente ictericia y prurito.

En la erupción atópica del embarazo, las pacientes tienen, por lo general, una historia previa de dermatitis atópica y las lesiones inician en el primer trimestre de la gestación.

Otras dermatosis con las que se debe hacer diagnóstico diferencial son, principalmente, dermatitis por contacto, farmacodermias o exantemas víricos.⁸

TRATAMIENTO

Las medidas generales y el uso de emolientes –con o sin antihistamínicos– son, por lo general, suficientes para controlar las lesiones de la piel y el prurito. En los casos graves, con lesiones muy diseminadas, es útil la administración de un ciclo corto de corticosteroides sistémicos (prednisona, 40~60 mg/día, durante unos días, con dosis de reducción), lo cual normalmente es muy efectivo.⁷

PRONÓSTICO

Este padecimiento se autolimita sin consecuencias graves para la madre y el feto, con un excelente pronóstico materno-fetal. La duración media de la erupción es de seis semanas. La recurrencia es poco frecuente, aunque puede presentarse en embarazos múltiples y en gestaciones posteriores.⁷

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años de edad, primigesta, con embarazo de 31 semanas, quien acude a esta unidad por presentar una dermatosis diseminada al tronco, las extremidades superiores e inferiores. Del primero compromete el abdomen, la espalda y los glúteos. De las segundas, las caras anterior y posterior de los brazos, al igual que los pliegues antecubitales. De las últimas, todas las caras de los glúteos y piernas. Bilateral y simétrica. De aspecto monomorfo, constituida por grandes placas urticariformes, de forma y tamaño variable, de borde bien definido, con algunas excoriaciones y costras hemáticas en su superficie. De evolución aguda, pruriginosa (**Figuras 1 a 3**).

Al interrogatorio, la paciente refiere una evolución de tres semanas con dichas lesiones.



Figura 1. Placas urticariformes en la cara anterior del tórax.



Figura 2. Aspecto de las lesiones en el abdomen.



Figura 3. Pápulas eritematosas en la región lumbar.

En la exploración física general, no se encuentra ninguna patología agregada, y los exámenes de laboratorio y gabinete solicitados previamente por su ginecólogo se encuentran dentro de límites normales.



Figura 4. A y B. Mejoría a los 15 días postratamiento.

Con los datos antes señalados, se hace el diagnóstico clínico de síndrome PPUPE; se inicia manejo con emolientes y antihistamínicos y se cita para control en dos semanas.

Al presentarse la paciente a su cita de control, se observa buena evolución, con resolución casi completa del cuadro, sólo con persistencia de algunas lesiones, principalmente en los miembros inferiores (**Figuras 4A y 4B**).

COMENTARIO

El presente caso llama la atención debido a la buena respuesta al tratamiento con emolientes y antihistamínicos. No fue necesaria la administración de esteroides sistémicos, lo cual disminuye riesgos potenciales en la salud del feto.

Este padecimiento tiene un buen pronóstico si se insiste en dar una explicación amplia a la paciente y un cuidado adecuado de la piel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy-clues to diagnosis, fetal risk and therapy. *Ann Dermatol.* 2011; 23 (3): 265-275.
2. Ambros-Rudolph CM, Müllegger RR, Vaughan-Jones SA, Kerl H, Black MM. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-center study on 505 pregnant patients. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54 (3): 395-404.
3. Roth MM. Pregnancy dermatoses: diagnosis, management, and controversies. *Am J Clin Dermatol.* 2011; 12: 25-41.
4. Ahmadi S, Powell F. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: current status. *Australas J Dermatol.* 2005; 46: 53-58.
5. Vaughan-Jones SA, Hern S, Nelson-Piercy C, Seed PT, Black MM. A prospective study of 200 women with dermatoses of pregnancy correlating clinical findings with hormonal and immunopathological profiles. *Br J Dermatol.* 1999; 141: 71-81.
6. Rudolph CM, Al-Fares S, Vaughan-Jones SA, Müllegger RR, Kerl H, Black MM. Polymorphic eruption of pregnancy: clinic pathology and potential trigger factors in 181 patients. *Br J Dermatol.* 2006; 154: 54-60.
7. Ambros-Rudolph CM, Black MM. Polymorphic eruption of pregnancy. In: Black MM, Ambros-Rudolph CM, Edwards L, Lynch P, editors. *Obstetric and gynecologic dermatology.* 3rd ed. London: Elsevier Limit.; 2008. pp. 49-56.
8. Aronson I, Bond S, Fiedler V. Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy: clinical and immune pathologic observations in 57 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39: 933-939.

Correspondencia:

Dra. Angélica Villanueva Otamendi
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780, Deleg. Cuauhtémoc,
Ciudad de México, México.
Tel: 5519 6351
E-mail: angelica_vo@hotmail.com